

STATEMENT OF IDENTITY FOR CHILDREN UNDER 16 YEARS OF AGE
ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ УДОСТОВЕРЕНИИ ЛИЧНОСТИ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 16 ЛЕТ

Настоящее Заявление может использоваться только для соответствия новым требованиям программ Medicaid/BadgerCare/Family Planning Waiver Program относительно **удостоверения личности** детей в возрасте до 16 лет. Настоящее заявление не может использоваться для соответствия требованию программ Medicaid/BadgerCare /Family Planning Waiver Program о подтверждении гражданства.

Инструкции: В приводимых ниже графах укажите всех проживающих в Вашей семье детей в возрасте до 16 лет, которым Вы приходите родителем, опекуном или опекающим родственником. Укажите дату рождения и место рождения (город, штат и страна) каждого из указываемых Вами детей. Заполнив форму, подпишите ее и передайте Вашему социальному работнику.

Полное имя ребенка (имя, отчество, фамилия)	Дата рождения	Место рождения (город, штат, страна)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		

Личные данные будут использоваться только для решения непосредственных административных задач в рамках программы Medicaid.

Подписывая данное заявление и будучи осведомлен(-а) об ответственности за предоставление ложных сведений, я подтверждаю, что, насколько мне известно, предоставленная мной информация является точной и полной. Я осознаю, что местные органы могут связаться с другими лицами или организациями в целях проверки точности и правильности моего заявления.

ПОДПИСЬ _____ Дата подписания _____
(Родитель, опекун или опекающий родственник)

Имя (печатными буквами) _____ Номер дела _____
(Родитель, опекун или опекающий родственник)